

CONSENSO INFORMATO MINORI

La sottoscritta **dott.ssa Nunzia Porzio**, iscritto/a all'Ordine degli Psicologi della Regione Puglia con il n. 563, prima di svolgere la propria opera professionale a favore di _____, lo/la informa di quanto segue:

- la prestazione che ci si appresta ad eseguire consiste in **un servizio di supporto psicologico, rivolto agli alunni ed al personale scolastico, per rispondere a traumi e disagi derivanti dall'emergenza sanitaria da COVID-19**
- a tal fine, anche ai sensi di quanto previsto dall'art. 1 della L. n. 56/1989, potranno essere usati strumenti conoscitivi e di intervento per la prevenzione, la diagnosi, le attività di abilitazione-riabilitazione e di sostegno in ambito psicologico. In ogni caso, gli strumenti principali di intervento saranno Colloqui psicologici in presenza o on line ;
- la consulenza psicologica potrebbe in alcuni casi non produrre gli effetti desiderati dal cliente/paziente. In tal caso sarà cura del professionista informare adeguatamente il cliente e valutare se proporre un nuovo percorso di consulenza oppure l'interruzione della stessa;
- le prestazioni verranno rese presso la sede dell'istituzione scolastica frequentata o on line
- in qualsiasi momento il cliente potrà interrompere la prestazione. In tal caso, egli si impegna a comunicare al professionista la volontà di interruzione del rapporto professionale;
- lo Psicologo è tenuto al rispetto del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani che, tra l'altro, impone l'obbligo di segreto professionale, derogabile solo previo valido e dimostrabile consenso del paziente o nei casi assolutamente eccezionali previsti dalla Legge.
- la durata dell'intervento è di 30 minuti e si articolerà in n. max di 3 sedute;
- L'intervento è del tutto gratuito;

Resta inteso, altresì, che il presente atto di conferimento di incarico professionale – anche in ragione della natura e della peculiarità delle prestazioni che ne costituiscono oggetto – viene stipulato sulla base di un numero presuntivo di incontri che, tuttavia, è suscettibile di talune variazioni in relazione all'andamento del percorso da intraprendere. In tal caso, il professionista ne darà tempestiva informazione al paziente e si potrà procedere ad un'integrazione della presente scrittura privata o al conferimento di nuovo incarico.

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

Il/La sottoscritto/a _____ identificato/a mediante documento:
_____ n° _____ rilasciato da _____ il _____

genitori, oppure in quanto tutori del/della minore _____ in ragione di (*indicare provvedimento giuridico, autorità emanante, data di emissione e numero*)

avendo ricevuto l'informativa di cui sopra, dichiariamo:

- **di avere adeguatamente compreso i termini dell'intervento come sopra sintetizzati e di esprimere il nostro consenso a che nostro/a figlio/a usufruisca dell'intervento concordato con la dott.ssa Nunzia Porzio.**

Luogo e data _____

Firma

Firma della dott.ssa _____
